المدارس العامة
سيلم-كايزر

استعدادات الاسرة

المعلومات والموارد

راجع مرة أخرى للحصول على الموارد المحدثة

مقتبس من المعلومات التي جمعها مركز أوريغون للقانون
وشبكة لاتينو الإصدار *1.0* | يناير *2025*

التعلم لمدى الحياة
المدارس العامة
سيلم-كايزر

ماذا يوجد في الداخل

- **قائمة مرجعية للمستندات الهامة**
- **الاعتراض على الكشف عن معلومات الدليل**
- تفويض صلاحيات الوالدي
- استمارة إلغاء الصلاحيات الأبوية
- **معلومات مهمة للطفل**
- **تحديث معلومات الاتصال باستخدام ParentVUE**

قائمة مرجعية للمستندات الهامة

يجب أن تكون كل أسرة مستعدة في حالة الطوارئ. قد يرغب الآباء في التخطيط لرعاية أطفالهم في حالة احتجازهم أو ترحيلهم أو عجزهم أو عدم وجودهم لأي فترة زمنية.

اسم الشخص الموثوق به: _____

اجمع هذه المستندات الآن واحتفظ بها في مكان آمن وحافظ على سريتها

- O معلومات الاتصال المدرسية المحدثة للطفل
- O أدوية الطفل وموقعه .
- O سجل لقاحات الطفل
- O شهادة ميلاد الطفل (من الولايات المتحدة أو بلد آخر)
- O جواز سفر الطفل (تحقق من تاريخ انتهاء الصلاحية وحافظ على تحديثه)
- O بطاقة الضمان الاجتماعي للطفل
- O تفويض سلطات الأبوية
- O أرقام الهواتف المهمة ومعلومات الاتصال الأخرى
- O يجب على الآباء تنشيط عنوان بريد إلكتروني أو حساب وسائل اجتماعية آخر يمكن الوصول إليه من أي مكان في العالم.

عناصر أخرى لجمعها والحفاظ عليها آمنة

- O مفاتيح إضافية للمنزل والسيارات والخزنة وصندوق البريد
- O المعلومات المالية
- O إقرار بالوصول إلى الحسابات المصرفية
- O المستندات الطبية
- O مستندات السيارات
- O سند ملكية المنزل
- O صندوق ائتماني حي

توصيات أخرى

- O تعيين عنوان مكان اجتماع آمن
- O تعيين كلمة أو عبارة لرمز العائلة
- O إضافة جهات اتصال الطوارئ إلى هاتف الطفل

الاعتراض على الكشف عن معلومات الدليل

أكمل فقط إذا كنت ترغب في تقييد الكشف عن معلومات الدليل

معلومات الدليل هي معلومات تعريف شخصية في سجل تعليمي لا تعتبر بشكل عام ضارة أو انتهاكًا للخصوصية إذا تم الكشف عنها. تشمل الأمثلة اسم الطالب؛ واسم الوالد/الوصي، والبريد الإلكتروني ورقم الهاتف؛ والبريد الإلكتروني للطالب؛ والصورة. هذا النموذج صالح من هذا اليوم فصاعدًا للعام الدراسي الحالي فقط.

الخيارات - لا توجد قيود

يجوز للمنطقة الكشف عن معلومات الدليل. لا يلزمك استكمال هذا النموذج.

قيود محدودة

يجوز للمنطقة الكشف عن معلومات الدليل، باستثناء (حدد كل ما ينطبق):

☐ **لا للدليل مدرسي / منظمات ذات صلة بالمدرسة** - لا أريد **الكشف** عن اسمي أو اسم الطالب أو أي معلومات اتصال عائلية للمنظمات ذات الصلة بالمدرسة مثل رابطة أولياء الأمور و المعلمين PTA ونوادي التعزيز. أفهم أن هذا يعني أن الطالب لن يتم تضمينه في دليل المدرسة.

☐ **لا للكتاب السنوي /استخدام الصور** - لا أريد أن تظهر صورة أو اسم الطالب في الكتاب السنوي أو في صور الفصل الرسمية.

☐ **عدم النشر - لا أرغب** في استخدام صورة طالبي أو مقطع الفيديو أو الاسم على المدرسة أو موقع الويب أو وسائل التواصل الاجتماعي أو في أي منشور للمدرسة يتم انتاجه و اتاحته للجمهور من قبل المدرسة. إلى الحد الذي تتحكم فيه المدرسة في الوصول من خلال وسائل الإعلام الإخبارية التي تنقل عن البرامج والموضوعات المدرسية خلال ساعات الدوام المدرسي ، لا أريد أن تحدد وسائل الإعلام تلميذي بالاسم أو المقابلة أو الصورة أو الفيديو.

تقييد كامل

☐ **لامعلومات.لا يجوز للمدرسة إصدار أي معلومات** دليلية حول طالبي. أفهم أن هذا يعني أن المعلومات والصور الخاصة بطالبي لن تظهر في أي منشورات مدرسية يتم الإعلان عنها مثل الكتب السنوية والصور الرسمية للفصول الدراسية والألعاب الرياضية والموسيقى والدراما أو برامج التخرج وقوائم الشرف. وهذا يعني أيضًا أن اسمي ومعلومات الاتصال الخاصة بي واسم طالبي لن يتم تقديمها إلى رابطة أولياء الأمور والمعلمين بالمدرسة أو أي مجموعة أخرى من الآباء/الأوصياء، والتي قد تنشر دليل الطلاب. وهذا يعني أيضًا أن صورة وصوت طالبي لن يظهرا على موقع المدرسة أو موقع المعلم أو في أي منشور يتم إنتاجه وإتاحته للجمهور من قبل المدرسة.

هذا هو الخيار الأكثر تقييدا. يؤدي تحديد هذا الخيار إلى تقييد المدرسة والمنطقة من إصدار أي معلومات تعريف شخصية عن الطالب، بما في ذلك التفاصيل الأساسية مثل اسمه أو صورته. لا تحدد هذا الخيار إذا كنت ترغب في أن يظهر الطالب في الكتاب السنوي أو صورة الفصل، أو أن يتم التعرف عليه في برنامج موسيقي أو مسرحي أو أن يتم إدراجه في قائمة الفريق. بدلًا من ذلك، حدد خيارًا واحدًا أو أكثر من خيارات "الانسحاب المحدود" أعلاه.

يرجى التوقيع والارجاع إلى مكتب المدرسة فقط إذا كنت قد قرأت وفهمت الخيارات المذكورة أعلاه.

كتابة اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

كتابة اسم الوالد / الوصي: _____ المدرسة: _____

توقيع الوالد / الوصي: _____ ال**تاريخ:** _____

المكتب: سجل في Synergy وملف في الملف التراكمي للطالب

OBJECTION TO RELEASE OF DIRECTORY INFORMATION

Complete only if you wish to restrict the disclosure of directory information

Directory information is personally identifiable information in an education record which generally would not be considered harmful or an invasion of privacy if released. Examples include student name; parent/guardian name, email and telephone number; student email; and photograph. This form is valid from this day forward for the present school year only.

OPTIONS - NO RESTRICTION

The district may release directory information. You do not need to complete this form.

LIMITED RESTRICTION

The district MAY RELEASE directory information, EXCEPT (check all that apply):

☐ **No School Directory / School-Related Organizations –** I **do not** want my name, my student's name or any family contact information released to school-related organizations such as the PTA and booster clubs. I understand that this means my student will not be included in a school directory.

☐ **No Yearbook / Class Photos Use** – I **do not** want my student's photograph or name to appear in the yearbook or in official class photos.

No Publicity – do not want my student's photograph, video or name to be used on the school, or district website, social media, or in any district publication produced by and made available to the public by the district. To the extent that the district controls access by news media reporting on school programs and topics during school hours, I do not want the news media to identify my student by name, interview, photograph, or video.

COMPLETE RESTRICTION

No Information the district **may not release** any directory information about my student. I understand that this means that information about and pictures of my student will not appear in any school publications that are made public such as yearbooks, official class photos, athletics, music, drama or graduation programs, and honor lists. It also means that my name and contact information, and my student's name, will not be provided to the school PTO or other parent/guardian group, which may publish a student directory. It also means that my student's image and voice will not appear on the school website, a teacher website or in any publication produced by and made available to the public by the district.

This is the most restrictive option. Selecting this option restricts the school and district from releasing any personally identifiable directory information about a student, including basic details like their name or photo. DO NOT select this option if you wish your student to be in the yearbook or class photo, identified in a music or drama program or listed in a team roster. Instead, check one or more of the Limited Opt Out options above.

Please sign and return to the school office only if you have read and understand the options above.

Print Student Name: _____ Date of Birth: _____

Print Parent/Guardian Name: _____ School: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Office: Record in Synergy and file in student's cumulative file

تفويض سلطات الأبوية/الوصي

يعين التفويض شخصًا آخر (يُسمى "الوكيل المفوض") لاتخاذ القرارات المتعلقة بالطفل/الأطفال القاصرين بدلًا من والد الطفل/الأطفال أو الوصي القانوني عليه.

يمكن أن يكون **"الوكيل المفوض" أي شخص موثوق به وليس من الضروري أن يكون محامياً.** إنه ليس أمر محكمة. فهو مقبول من قبل العديد من الأشخاص أو المنظمات، ولكن ليس جميعهم، كدليل على أن الشخص لديه الحق القانوني في اتخاذ القرارات نيابة عن الطفل/الأطفال.

انتقل إلى الصفحات التالية للحصول على النماذج القابلة للتعبئة لتفويض وإلغاء صلاحيات الوالدين / الوصي.

نموذج تفويض صلاحيات الوالدين

إشعار إلى الشخص الذي يتلقى هذا النموذج: يسمح قانون ولاية أوريغون رقم 109.056 لوالد أو ولي أمر طفل قاصر بتفويض صلاحيات الوالدين لشخص آخر لمدة ستة أشهر (أو 12 شهرًا إذا كان مدير للمدرسة) باستخدام تفويض السلطة الأبوية. إذا تلقيت نسخة موقعة من هذا النموذج، فيجب عليك السماح للشخص المسمى في هذا النموذج باتخاذ القرارات نيابة عن القاصر المسمى في هذا النموذج. إذا كانت لديك أسئلة حول مسؤولياتك عند استلام هذا النموذج، فيرجى التحدث إلى محامٍ.

شهادة الوالد أو الوصي

أقر بأنني (الاسم القانوني الكامل): _____ أنا الوالد القانوني أو الوصي على الأطفال القاصرين التاليين:

الاسم القانوني الكامل للطفل #1	تاريخ الميلاد
الاسم القانوني الكامل للطفل #2	تاريخ الميلاد
الاسم القانوني الكامل للطفل #3	تاريخ الميلاد

تفويض الصلاحيات

بموجب المادة 109.056 من قانون ولاية أوريغون، أفوض صلاحيات الوالدين للأطفال المذكورين أعلاه إلى:

الاسم القانوني الكامل	تاريخ الميلاد
البريد الإلكتروني	رقم الهاتف

العنوان

أعين الشخص المذكور أعلاه ليكون وكيلي القانوني. يجوز لهذا الشخص ممارسة الصلاحيات الأبوية التالية للأطفال المذكورين في هذا النموذج (حدد كل ما ينطبق):

☐ **السلطة الطبية.** يحق للشخص المذكور في هذا النموذج اتخاذ جميع القرارات الطبية، بما في ذلك الرعاية الروتينية، ورعاية الأسنان، والرعاية الطارئة، وغيرها من القرارات الطبية، للأطفال المذكورين في هذا النموذج. يحق لهذا الشخص الوصول إلى جميع السجلات الطبية وسجلات الأسنان للأطفال القاصرين المذكورين في هذا النموذج.

☐ **السلطة التعليمية.** يحق للشخص المذكور في هذا النموذج اتخاذ جميع القرارات التعليمية، بما في ذلك تسجيل الأطفال في المدرسة وحضور الأنشطة المدرسية، للأطفال المذكورين في هذا النموذج. يحق لهذا الشخص الوصول إلى جميع السجلات التعليمية للأطفال

القاصرين المذكورين في هذا النموذج.

☐ **الوصول إلى السجلات الحكومية.** الوصول إلى السجلات الحكومية: يجوز للشخص المذكور في هذا النموذج الاطلاع على سجلات الهيئات الحكومية ووكالات إنفاذ القانون المتعلقة بالأطفال المذكورين في هذا النموذج واستلامها بنفس القدر الذي يحق للوالد أو الوصي الاطلاع عليه.

☐ **سلطة أخرى.** كما أمنح الشخص المذكور في هذا النموذج الصلاحيات المحددة التالية (اكتب هنا):

لا يتضمن هذا التفويض سلطة أو صلاحية الشخص المذكور في هذا النموذج للموافقة على زواج أو تبني الطفل/الأطفال القاصرين.

مدة السلطة

أعطي الإذن للشخص المذكور في هذا النموذج لاتخاذ القرارات المذكورة أعلاه لطفلي (اختر واحدا):

☐ ستة أشهر من تاريخ توقيع هذا النموذج.

☐ لفترة لا تتجاوز ستة أشهر، تبدأ من تاريخ وقوع الاعتقال، أو الترحيل، أو العجز، أو أي حدث مماثل يجعل الطفل/الأطفال القاصرين المذكورين أعلاه بدون والد أو وصي قانوني متاح، وتنتهي بعد ستة أشهر من ذلك التاريخ. أحتفظ بالحق في إلغاء هذه السلطة في أي وقت.

☐ خلال فترة خدمتي العسكرية الفعلية، بالإضافة إلى 30 يوما.

☐ لمدة 12 شهرًا من تاريخ توقيع هذا النموذج، إذا تم استخدام هذا النموذج فقط لمنح مسؤول المدرسة الإذن لاتخاذ قرارات تعليمية بشأن القُصّر المذكورين أعلاه.

وأحتفظ بالحق في إلغاء هذه السلطة في أي وقت.

_____
التاريخ

_____ _____
اسم الوالد أو الوصي توقيع الوالد أو الوصي

أقبل بموجب هذا الصلاحيات الممنوحة لي في هذا النموذج وأوافق على العمل كوكيل مؤقت للقاصر المذكور في هذا النموذج.

_____ _____
اسم الوكيل المفوض توقيع الوكيل المفوض

Delegation of Parental Powers Form

Notice to person receiving this form: ORS 109.056 allows a parent or guardian of a minor child to delegate parental powers to another person for six months (or 12 months if the person is a school administrator) using a delegation of parental authority. If you receive a signed copy of this form, you must allow the person named in this form to make decisions for the minor named in this form. If you have questions about your responsibilities upon receiving this form, please talk to a lawyer.

Parent or Guardian Certification

I certify that I (full legal name): _____ am the legal parent or guardian of the following minor children:

_____ _____
Child #1's full legal name Date of birth

_____ _____
Child #2's full legal name Date of birth

_____ _____
Child #3's full legal name Date of birth

Delegation of Powers

Pursuant to ORS 109.056, I delegate parental powers for the above-named children to:

_____ _____
Full legal name Date of birth

_____ _____
Email Phone number

_____
Address

I designate the above-named person to be my attorney-in-fact. This person may exercise the following parental powers for the children named in this form (*select all that apply*):

☐ **Medical authority.** The person named in this form may make all medical decisions, including routine care, dental care, emergency care, and other medical decisions, for the children named in this form. This person shall have access to all medical and dental records for the minor children named in this form.

☐ **Educational authority.** The person named in this form may make all educational decisions, including enrolling the children in school and attending school activities, for the children named in this form. This person shall have access to all educational records for the minor children named in this form.

☐ **Access to government records.** The person named in this form may inspect and receive governmental agency and law enforcement records concerning the children named in this form to the same extent as the parent or guardian.

☐ **Other authority.** I also grant the person named in this form the following specific powers *(write-in)*:

This delegation does not include the power or authority of the person named in this form to consent to the minor child/ren's marriage or adoption.

Length of Authority

I give permission for the person named in this form to make the above decisions for my child for (*choose one):*

☐ Six months from the date this form is signed.

☐ For a period not to exceed six months, beginning upon the occurrence of arrest, deportation, incapacity, or similar event that renders the above-mentioned minor child/ren without an available parent or legal guardian, and ending six months from that date. I reserve the right to revoke this authority at any time.

☐ Through my active military duty period, plus 30 days.

☐ For 12 months from the date this form was signed, IF this form is only being used to give a school administrator permission to make educational decisions for the minors named above.

I reserve the right to revoke this authority at any time.

_____
Date

_____ _____
Name of parent or guardian Signature of parent or guardian

I hereby accept the powers granted to me in this form and agree to act as attorney-in-fact for the minor named in this form.

_____ _____
Name of attorney-in-fact Signature of attorney-in-fact

المدارس العامة
سيلم-كايزر

نموذج إلغاء التفويض الأبوي

إشعار للشخص الذي يتلقى هذا النموذج: إذا تلقيت هذا النموذج، فقد لا يستمر الوكيل المسمى في هذا النموذج في اتخاذ القرارات بشأن الأطفال القاصرين المذكورين أدناه. قد لا يستمر هذا الشخص في تلقي المعلومات أو السجلات المتعلقة بالأطفال. إذا كنت قد منحت هذا الشخص سابقًا حق الوصول إلى السجلات من خلال موقع ويب أو تطبيق أو بوابة إلكترونية، فيرجى مراجعة أذونات هذا الشخص للتأكد من أنه لم يعد لديه حق الوصول إلى المعلومات والسجلات الخاصة بالأطفال. إذا كانت لديك أسئلة حول التزاماتك عند استلام هذا النموذج، فيرجى التحدث إلى محامٍ.

أنا (اسم الوالد أو الوصي): _____ بموجب هذا

يلغي (يبطل) تفويض السلطة الأبوية الممنوحة إلى (اسم الوكيل):

_____ للأطفال

القاصرين التالية أسماؤهم:

الاسم القانوني الكامل للطفل #1	تاريخ الميلاد
الاسم القانوني الكامل للطفل #2	تاريخ الميلاد
الاسم القانوني الكامل للطفل #3	تاريخ الميلاد

يتم إلغاء سلطة الشخص المذكور أعلاه للعمل كوكيل مفوض بالنسبة لي في التاريخ المذكور أدناه.

_____
تاريخ

اسم الوالد أو الوصي	توقيع الوالد أو الوصي

Revocation of Parental Authority Form

Notice to person receiving this form: If you receive this form, the attorney-in-fact named in this form may not continue to make decisions for the minor children named below. This person may not continue to receive information or records related to the children. If you previously gave this person access to records through a website, app, or online portal, please review this person's permissions to ensure they no longer have access to the children's private information and records. If you have questions about your obligations upon receiving this form, please talk to a lawyer.

I *(name of parent or guardian):* _____ hereby

revoke (cancel) the delegation of parental authority granted to *(name of attorney-in-fact):*

_____ for the following minor children:

_____	_____
Child #1's full legal name	Date of birth
_____	_____
Child #2's full legal name	Date of birth
_____	_____
Child #3's full legal name	Date of birth

The above-named person's authority to act as attorney-in-fact for me is revoked on the date listed below.

_____
Date

_____	_____
Name of parent or guardian	Signature of parent or guardian

معلومات مهمة للطفل

Child's Important Information

احتفظ بهذه المعلومات حتى يتمكن الأشخاص الذين تعينهم لرعاية طفلك في غيابك من الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها. املأ نموذجًا واحدًا لكل طفل. اصنع نسخًا إضافية حسب الحاجة.

Keep this information so those you designate to care for your child in your absence have all the information they need. Fill out one for every child. Make more copies as needed.

المعومات الاساسية Primary Information	
اسم الطالب Child's Name	
تاريخ ميلاد الطفل و عمره Child's Date of Birth and Age	
رقم هاتف الطفل Child's Cell Phone	
عنوان الطفل Child's Address	
اخوة الطفل و مدارسهم Child's Siblings and Their School(s)	
مدرسة الطفل Child's School	
العنوان Address	
رقم الهاتف Phone	
المدير Principal	
المعلم/المعلمين Teacher(s)	
رقم الصف Classroom Number	
المرحلة Grade Level	
رقم الطالب Student ID Number	

هل يتمتع الطالب بخطة تعليم فردية IEP او 504؟ ارفق نسخ من خطة الدعم المدرسي. Does the child have an IEP or 504? Include copies of school support plans.	
هل يتمتع الطفل بخدمات تعلم اللغة الإنجليزية أو خدمات أخرى؟ أرفق نسخًا من خطط دعم المدرسة. Does the child have ELL or other services? Include copies of school support plans.	
برامج ما بعد المدرسة After School Program	
العنوان Address	
اسم جهة الاتصال لبرنامج ما بعد المدرسة After School Program Contact Name	
رقم الهاتف Phone	
معسكر/رياضة/برنامج آخر Other Camp/Sports/Program	
رقم الهاتف Phone	

المعلومات الاساسية مستمرة Primary Information Continued	
كيف يصل الطفل إلى المدرسة والأنشطة؟ How does child get to/from school and activities?	
من هو المخول باستلام الطفل من المدرسة و/أو محطة الحافلة؟ Who is authorized to pick up child from school and/or bus stop?	
حساسية Allergies	
الاحتياجات الغذائية Dietary Needs	
الحالات الطبية Medical Conditions	
البروتوكولات والتعليمات الطبية Medical Protocols and Instructions	
الأدوية والجرعات Medications and Dosages	
توكيل طبي Medical Power of Attorney	
الدكتور Doctor	
رقم الهاتف Phone	
العنوان Address	
الصيدلية Pharmacy	
المعالج النفسي Mental Health Therapist	
شركة التامين الصحي Health Insurance Company	
رقم مجموعة شركات التأمين الصحي Health Insurance Company Group Number	
طبيب الاسنان Dentist	

معلومات مهمة للطفل

رقم الهاتف Phone	
العنوان Address	
شركة تأمين الأسنان Dental Insurance Company	
رقم مجموعة شركات التأمين على الأسنان Dental Insurance Company Group Number	

معلومات مهمة للطفل

معلومات العائلة/ واحدة لكل عائلة
Family Information – One per family

أرقام الطوارئ ومعلومات الاتصال الهامة Emergency Numbers and Important Contact Information	
اسم الأم/الوالد/الوصي Mother/Parent/Guardian Name	
(الهاتف المنزلي (مع رمز الدولة Home Phone (with Country Code)	
(الهاتف المحمول (مع رمز الدولة Cell Phone (with Country Code)	
رقم الواتس اب WhatsApp Number	
اسم ماسنجر الفيسبوك Facebook Messenger Name	
عنوان العمل Work Address	
هاتف العمل Work Phone	
اسم الأم/الوالد/الوصي Father/Parent/Guardian Name	
(الهاتف المنزلي (مع رمز الدولة Home Phone (with Country Code)	
(الهاتف المحمول (مع رمز الدولة Cell Phone (with Country Code)	
رقم الواتس اب WhatsApp Number	
اسم ماسنجر الفيسبوك Facebook Messenger Name	
عنوان العمل Work Address	
هاتف العمل Work Phone	
الأجداد الأحياء Living Grandparents	

الهاتف والعنوان Phone and Address	
احتياجات الرعاية Care Needs	
جهات الاتصال والعلاقة في حالات الطوارئ الأخرى Other Emergency Contact and Relationship	
الهاتف والعنوان Phone and Address	
جهة اتصال الطوارئ الأخرى Other Emergency Contact	
الهاتف والعنوان Phone and Address	
جهة اتصال الطوارئ الأخرى في الولايات المتحدة Other Emergency Contact in United States	
الهاتف والعنوان Phone and Address	
جهة اتصال الطوارئ الأخرى في بلد المنشأ Other Emergency Contact in Origin Country	
الهاتف (مع رمز الدولة) والعنوان Phone (with Country Code) and Address	

معلومات متنوعة Miscellaneous Information	
ماكة السيارة/ الموديل Car Make / Model	
رقم لوحة السيارة License Plate Number	
شركة تامين السيارة Car Insurance Company	
اسم وكيل شركة تامين السيارة Car Insurance Company Agent Name	
رقم هاتف وكيل شركة تامين السيارة Car Insurance Company Agent Phone	
رقم وثيقة التامين Insurance Policy Number	
محامي/مقدم خدمات قانونية غير ربحية Attorney/Non-Profit Legal Services Provider	
العنوان Address	
رقم الهاتف Phone	
رقم وثيقة تامين الحياة/ معلومات Life Insurance Policy Number / Information	
المستفيدون Beneficiaries	
معلومات الحيوان الأليف - الاسم(الأسماء)، الطبيب البيطري، وما إلى ذلك. Pet Information - Name(s), veterinarian, etc.	
رقم صندوق البريد والمفاتيح والموقع P.O. Box Number, Keys, and Location	
المالي)الرمز السري) PIN PIN Code (Financial)	
(الرمز السري للهاتف(الهواتف PIN PIN Code for Phone(s)	
معلومات عن بطاقة SNAP الموقع/ SNAP Card Information / Location	
معلومات عن بطاقة TANF الموقع/ TANF Card Information / Location	

معلومات مهمة للطفل

طعام الطفل المفضل، لعبته، وما إلى ذلك. Child's Favorite Food, Toy, etc.	
صور العائلة Family Photos	

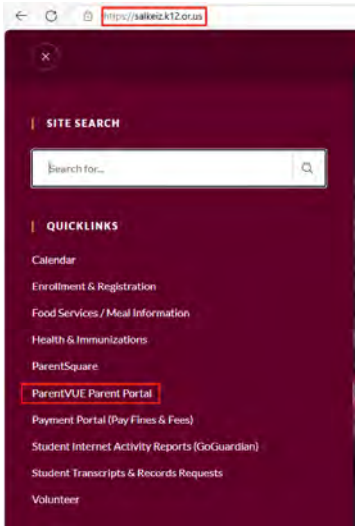
معلومات مهمة للطفل

SALEM-KEIZER PUBLIC SCHOOLS

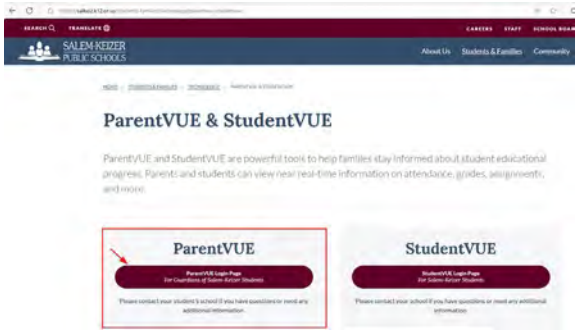
تحديث معلومات الاتصال باستخدام التسجيل عبر الإنترنت في ParentVUE

1 . انتقل إلى **موقع منطقة سيلم كايزر:** https://salkeiz.k12.or.us

أ. انقر فوق **بحث Search** وحدد **ParentVUE Parent Portal**

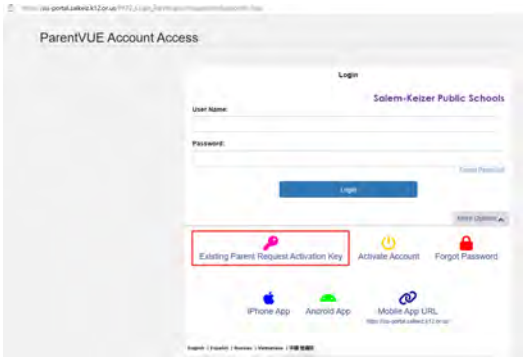


2 . حدد **ParentVUE** لتسجيل الدخول إلى حسابك

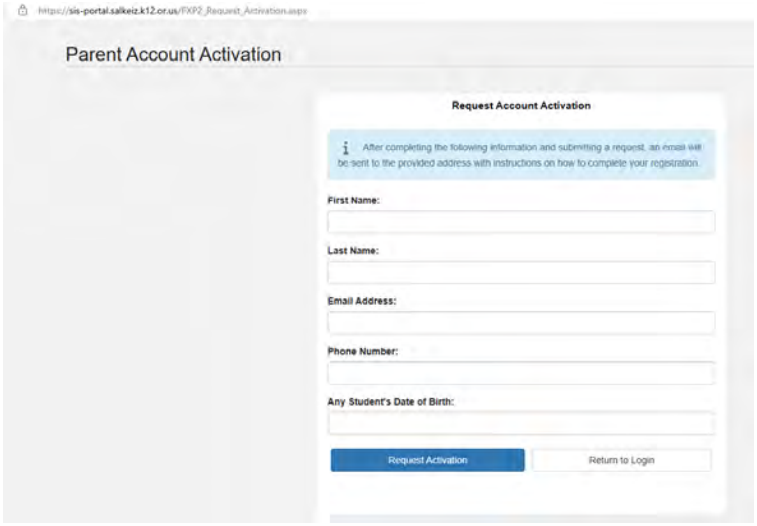


3 . أدخل **اسم المستخدم وكلمة المرور**

أ. إذا لم تقم بتنشيط حسابك مطلقًا وليس لديك مفتاح تنشيط، فيرجى إدخال **مفتاح التفعيل لطلب الوالدين الحاليين Existing Parent Request Activation Key**

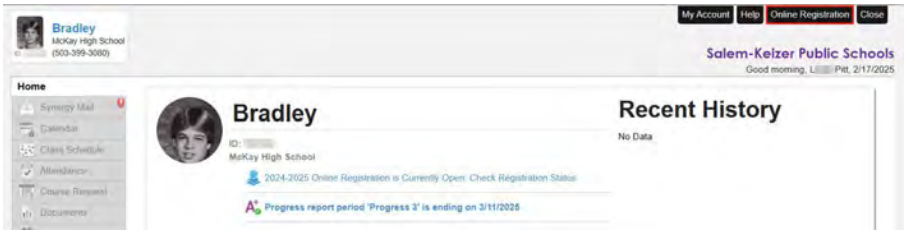


ب. أكمل وقم بتقديم **طلب تفعيل الحساب** ***Request Account Activation***

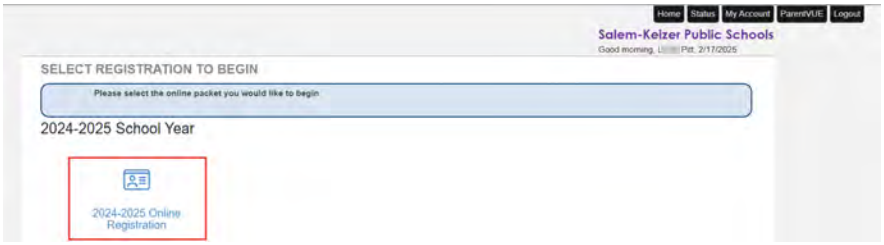


ت. سيتم إرسال بريد إلكتروني إلى العنوان المقدم مع إرشادات حول كيفية إكمال تسجيل حسابك

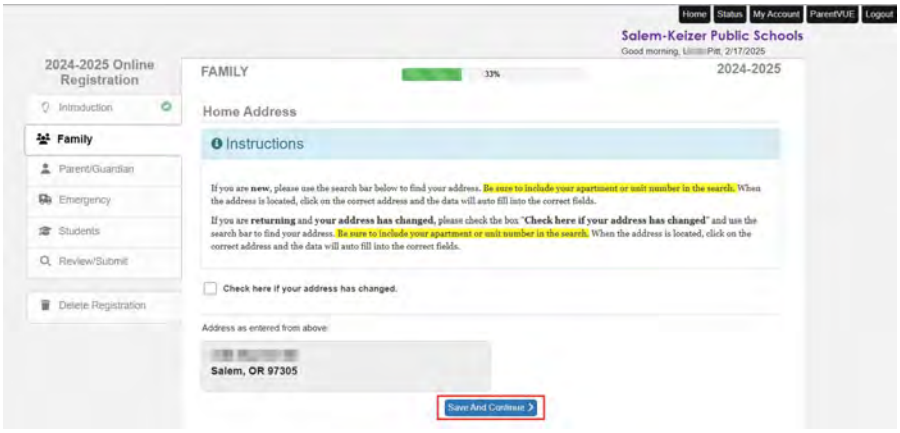
4. بمجرد تسجيل الدخول إلى حساب ParentVUE الخاص بك ، انقر فوق **التسجيل الالكتروني** ***Online Registration***



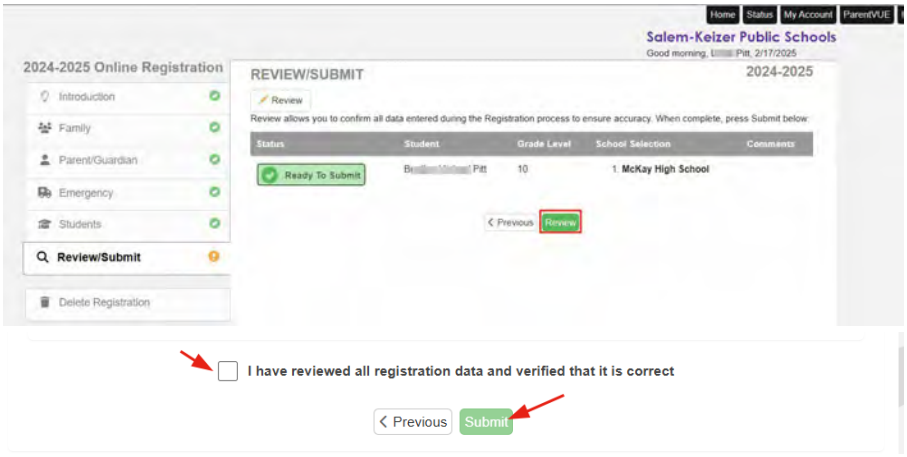
5. اضغط على رابط **التسجيل الإلكتروني** ***Online Registration*** للعام الدراسي



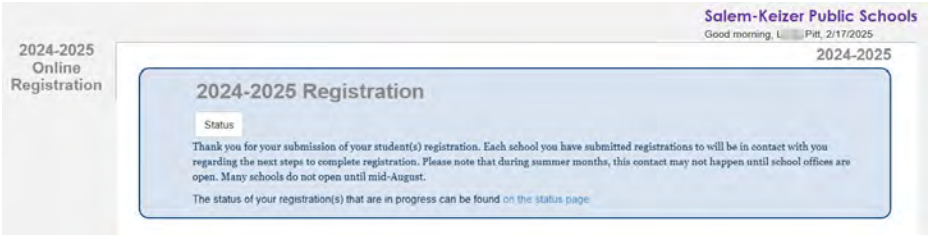
6. راجع كل صفحة. انقر فوق **حفظ ومتابعة** ***Save and Continue*** للتقدم إلى الصفحة التالية



7. يجب عليك إكمال قسم **المراجعة / الإرسال *Review/Submit*** لإرسال التغييرات

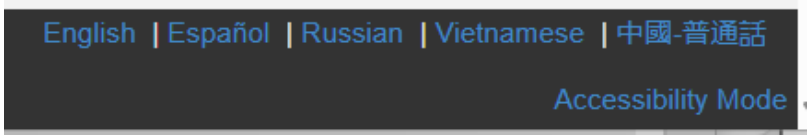


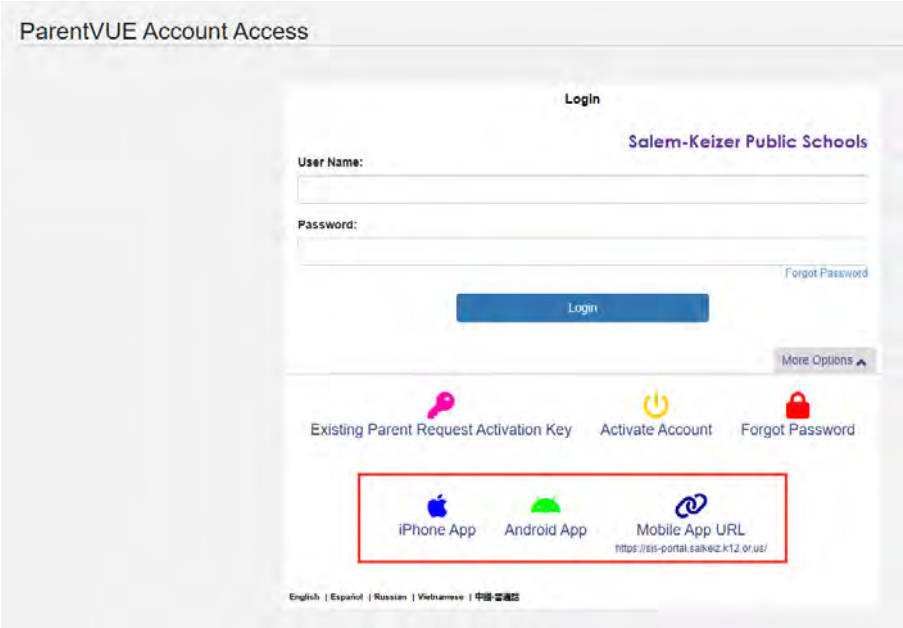
8. إذا تم إرسال التغييرات بنجاح، فسترى الرسالة التالية:



9. يمكن عرض ParentVUE بلغات متعددة.

أ. انقر فوق اللغة المفضلة ووضع **إمكانية الوصول** إذا لزم الأمر



ب. للحصول على دعم لغوي إضافي ، يرجى الاتصال ب الخدمات اللغوية Language Services على (503) 399-3456

10. تطبيق ParentVUE متاح على كل من أجهزة iPhone و Android